

ARTIGO
DE REVISÃO

O paciente hemiplégico e o *sandplay*: uma possibilidade de expressão

The hemiplegic patient and the sandplay: a possibility of expression

Maria Inês Orsoni Chagas*
Maria Cristina Rizzi Forgione**

RESUMO

Este estudo discute as possibilidades de uso de *sandplay* (jogo de areia ou caixa de areia) enquanto processo psicoterapêutico junto aos pacientes portadores de hemiplegia com distúrbios de comunicação, em programa de reabilitação em instituição hospitalar. Levantou-se a questão se esse método psicoterápico que se utiliza de um instrumento não-verbal poderá fomentar a plasticidade neuronal, bem como auxiliar esses pacientes na busca de uma nova forma de comunicação que os coloque em contato com o mundo circundante de forma mais participativa.

UNITERMOS

Sandplay. Hemiplegia. Reabilitação. Plasticidade neuronal. Psicoterapia. Comunicação não-verbal.

SUMMARY

This study theoretically explored the possibilities of using the Sandplay as a psychotherapeutic process with hemiplegic persons with language disfunctions, in rehabilitation treatment in a hospital. It was also investigated, if this psychotherapy method, which makes use of a non verbal instrument can stimulate the brain plasticity as well as help these patients in their search of a new language which may put them in touch with the world around in an active way.

KEYWORDS

Sandplay. Hemiplegia. Rehabilitation. Neuronal plasticity. Psychotherapy. Nonverbal communication.

Introdução

O homem vive e é parte de um mundo feito de imagens, cores, formas, texturas, sons, aromas, movimento, onde interage

* Psicóloga do Serviço de Psicologia da DMR-HCFMUSP.

** Psicóloga com especialização em Cinesilogia Psicológica pelo Instituto Sedes Sapientiae.

Endereço para correspondência:

Maria Inês Orsoni Chagas
Rua Diderot, 43
CEP 04116-030 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 9509-1888
E-mail: inesm@zipmail.com.br

Data de recebimento do artigo: 24/4/2002 – Data de aprovação: 29/7/2002

sensorialmente, mas sua forma de comunicação interpessoal é predominantemente verbal. O indivíduo conscientemente prescinde de outras formas de comunicação para interagir socialmente, ainda que se saiba o quanto comunica por meio da expressão corporal, com mímica facial, olhar, gestos, postura, atitudes.

Ao aprender a ver o mundo e situar-se nele através da palavra, o homem privilegia o sentido da audição e a função da fala para relacionar-se com seus semelhantes. O curso do pensamento organiza-se e se desenvolve com a participação da linguagem verbal, dessa forma, a racionalidade que acompanha essa modalidade de expressão evolui e predomina na atuação do homem.

Considerando-se que, no enfoque da psicologia profunda, o homem se constrói também na relação com o outro, a palavra adquire a função de contato social. Enquanto instrumento mental, ela indica o objeto correspondente no mundo externo. Seu uso regula a conduta do homem, sua percepção, atenção, memória, volição. “A palavra é criada na experiência do homem e ela cria condições de direção do pensamento e objetividade”¹.

Ao ter prejudicada a sua forma convencional de comunicar-se, seja por distúrbios na função da linguagem, ou da fala, em decorrência de lesão cerebral, o quadro que se instala a partir desse acometimento pode prejudicar a possibilidade de o indivíduo estar em contato e relacionar-se com o mundo externo. Pode ter alterada a prática de convívio com seus pares, o que compromete o seu sentimento de pertencer a um grupo, e conseqüentemente, a sua identidade, já que o homem é um animal gregário e social. Essas perdas podem ocorrer no *diagnóstico sindrômico que envolve o hemisfério cerebral dominante*, a hemiplegia, um quadro em que se observa uma *seqüela incapacitante decorrente de acometimentos mórbidos do sistema nervoso central*².

Sabe-se que o cérebro funciona como um sistema funcional complexo, e ainda que regiões cerebrais tenham funções específicas, elas atuam em conjunto, formando subsistemas. Dessa forma, dependendo da localização da lesão e da sua extensão, os distúrbios sofridos pelo paciente poderão ocorrer em diversos níveis das suas funções neuropsicológicas envolvendo movimentos voluntários e sensação – praxias –; capacidade de reconhecimento – agnosias –; expressão verbal – afasias –; memória – amnésias.

O caminhar desse indivíduo, em termos psicológicos, a partir das perdas neurológicas sofridas, pode ter basicamente duas direções, ainda que possam variar em intensidade e haver alternância entre elas: o recolhimento em si

mesmo e o isolamento, ou o desenvolvimento de uma nova maneira de ver o mundo, situar-se nele e de se comunicar. A fase de recolhimento e isolamento pode ser natural e necessária ao preceder um movimento oposto de expansão e exteriorização que a equilibre. Nessa primeira etapa, o indivíduo pode estar elaborando o luto pelas perdas sofridas, refletindo sobre suas experiências passadas e recentes, buscando introspectivamente ressignificar sua existência. Nesse sentido, esse movimento parece ser saudável. Sua estrutura de personalidade e sua dinâmica habitual para lidar com questões emocionais serão fatores determinantes nesse processo de vital importância para o seu desenvolvimento ulterior ao trauma sofrido. Num sentido menos positivo, o isolamento poderá significar o desconhecimento de outras formas de interação, ou a negação da nova realidade, e a não disposição para conviver com ela; apenas suportando-a o indivíduo busca a fuga dessa realidade e, conseqüentemente, de qualquer contato que possa realçá-la. Atribuir novo sentido à vida, bem como, encontrar um jeito novo de estar entre as pessoas, requer do paciente portador de hemiplegia a motivação que o leve a utilizar-se de meios não verbais para relacionar-se. Essa nova forma de comunicação diz respeito inclusive ao seu gestual, mímica facial, e expressão corporal, já que a própria linguagem corporal pode ficar modificada, distorcida e/ou empobrecida após o acidente. A linguagem escrita, se ficou preservada, pode ser um instrumento de comunicação, mas ainda assim, restrito, pois em muitos casos, a troca afetiva pode ficar limitada nesse tipo de expressão não oral, resultando em frustração para quem tem prejudicada a condição de expressar-se pela voz⁴.

Paim⁵ descreve os conceitos sobre a linguagem, definindo afasia segundo diversos autores: Dèjerine diz que *afasia é a perturbação da linguagem caracterizada por perda de memória dos sinais com os quais os indivíduos trocam idéias*. Para Lavastine e Ballet, *afasia é a perda parcial ou total da faculdade de exprimir os pensamentos por sinais e compreender esses sinais*. E na definição de Pierre Marie, *afasia é a insuficiente compreensão da palavra falada e a impossibilidade e/ou dificuldade de ler e escrever*.

Dada a complexidade do tema e o fato de não ser relevante para este estudo fazer-se distinções entre os diversos tipos de afasias, não se entrará nas descrições desses quadros que admitem *vários níveis de desorganização da linguagem: fonológico, lexical, morfosintático e discursivo, nas suas diferentes modalidades de entrada visual e auditiva e de expressão oral e gráfica*⁶.

A psicologia no processo reabilitacional

Dentro do conceito de reabilitação adotado pela instituição DMR, a terapêutica do paciente envolve a multidisciplinaridade, no sentido de que ele seja atendido no aspecto global em suas funções e necessidades. Nesse sentido, a intervenção se realiza num trabalho integrado mediante equipe multiprofissional que inclui médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, professor de educação física.

Na área psicológica, visa-se a avaliação e tratamento do paciente observando-se sua natureza biopsicossocial, dinâmica de personalidade, relacional e afetiva, bem como o contexto atual em que sua *performance* se encontra alterada em função do trauma sofrido. Dessa forma, a instituição oferece o espaço para a realização de atendimentos individualizados ao paciente, com regularidade semanal, geralmente pelo tempo que durar a sua permanência no programa de reabilitação da instituição, porém, pelo tempo necessário para que sejam atingidas as metas estabelecidas pela Psicologia, podendo haver prorrogação desse atendimento ou encaminhamento para atendimento extra-instituição.

No âmbito da clínica de reabilitação, o profissional precisa ter presente não só o pleno conhecimento das limitações e possibilidades das seqüelas decorrentes das lesões cerebrais, como também, e principalmente, ter a capacidade pessoal de estar atento e aberto para poder compreender eventuais sinais de expressão.

Quanto ao procedimento psicológico, o profissional pode lançar mão de vários recursos alternativos e adaptados para atender ao paciente portador de hemiplegia: recorrer aos familiares para compreender o paciente; solicitar que o paciente reproduza graficamente suas mensagens (por meio da escrita ou de desenhos), visando no processo psicoterapêutico a uma "incursão" através de sua interioridade, no intuito de possibilitar dentro de seu potencial remanescente uma forma de comunicação, ainda que precária ou não satisfatória, mas que possa ser uma abertura para o início de uma nova interação com o meio externo.

Neste contexto, entende-se psicoterapia como a aplicação de técnicas especializadas ao tratamento de distúrbios mentais ou aos problemas de ajustamento cotidiano.

Dentre as técnicas não verbais de psicoterapia, reconhece-se o *sandplay*, também conhecido como jogo de areia, ou caixa de areia, criado por Dora Kalff, analista de orientação junguiana, como sendo passível de proporcionar ao paciente uma alternativa para o seu desenvolvimento e que prescinde

da expressão verbal⁸. Utilizado e experimentado como técnica central ou técnica auxiliar na psicoterapia de pacientes com comprometimentos psicológicos, neuróticos e psicóticos de adultos e de crianças, vem sendo estudado e tem tido ampla difusão no Brasil, nos últimos anos. Porém, desconhece-se, até o momento, a sua prática voltada para pacientes portadores de hemiplegia com distúrbios de linguagem ou de fala, cuja capacidade de comunicação se encontra prejudicada por causa orgânica.

Nessa técnica, Dora Kalff⁹ propôs a utilização da caixa de areia e de um grande número de miniaturas para ativar o lado lúdico do paciente. Nela, o paciente cria cenas tridimensionais, cenários ou desenhos abstratos, podendo também fazer uso da água. Através do contato com a areia ele pode regredir e resgatar fases passadas, o que lhe possibilita uma reelaboração e uma atualização do inconsciente. Ao elaborar um cenário, o paciente fornece um constante retrato de seu estado emocional, revelando seu desenvolvimento analítico. Projetivamente, conteúdos internos são trazidos ao exterior, tornam-se objetivos, visíveis, e podem ser percebidos sob pontos de vista diferentes. Por meio desse processo aproximam-se da consciência, de forma pré-verbal, aspectos interiorizados, aliviando grandes tensões internas e canalizando a energia criativa de forma produtiva.

Nesse método lúdico de acesso ao inconsciente e desenvolvimento da personalidade, o paciente pode vir a ter *insights* sobre novas possibilidades para lidar com sua realidade e para relacionar-se, integrando suas novas experiências, atribuindo-lhes sentido. Através dele, "o paciente resgata um nível mais primitivo de comunicação e uma vivência criativa dos processos de simbolização, especialmente quando a conduta verbal está comprometida ou obstaculizada"¹⁰.

O processo é realizado em um espaço livre e protegido, onde o paciente deverá sentir-se plenamente aceito pelo que ele é para se dar liberdade para a expressão do inconsciente, e assemelha-se ao espaço uterino, criativo, onde as coisas são geradas e transformadas⁹.

Assim como ocorre em todo processo psicoterapêutico, a qualidade da transferência que o terapeuta e o cliente conseguem estabelecer determina a atmosfera favorável na qual pode se desenvolver o processo do *sandplay*. Do profissional, espera-se que seja possuidor da capacidade de criação de espaço, abertura e aceitação.

Um postulado básico da terapia na caixa de areia é o de que há, nas profundezas do inconsciente uma tendência autônoma para a psique se curar sozinha, desde que haja condições adequadas. (...) Pode-se dizer que a cura acontece em nível do que Neumann chama

de consciência matriarcal.” pois essa modalidade terapêutica dá condições para que um período incubatório possibilite a reparação da imagem materna danificada. A partir dessa ocorrência haveria então a constelação do *self* e a possibilidade para a subsequente reestruturação do *ego*.

Tal afirmação apoia-se nos postulados de Jung, que vê o inconsciente não só como a instância psíquica onde se situam conteúdos reprimidos pela consciência. Para ele esse seria o inconsciente pessoal, já que os conteúdos inconscientes são de *natureza pessoal quando podemos reconhecer em nosso passado seus efeitos, sua manifestação parcial, ou ainda sua origem específica. São partes integrantes da personalidade*. Mas este perpassa um nível além ao qual está vinculado que é o inconsciente coletivo. *Em sua totalidade, o inconsciente compreende não só os materiais reprimidos mas todo material psíquico que subjaz ao limiar da consciência*². Nele se podem encontrar elementos comuns a todos os indivíduos, ainda que com características pessoais para cada um: os arquétipos. Eles são matrizes para toda instância com a qual o indivíduo se depara em sua existência, e são também fontes de energia. *Arquétipo significa typos, impressão, (marca-impressão), um agrupamento definido de caracteres arcaicos, que, em forma e significado, encerra motivos mitológicos, os quais surgem em forma pura nos contos de fadas, nos mitos, nas lendas e no folclore*¹¹. O que há de mais instintivo ou mais sublime no ser humano está presente através do arquétipo. *Por um lado, o arquétipo está ligado ao instinto e por outro à imagem. Com relação à imagem, os arquétipos se referem às idéias, à aspiração criativa e ao espírito. Com relação ao instinto, está ligado à biologia e aos impulsos – o princípio espiritual e o instintual estão presentes na própria essência humana*¹³. Entre eles, o maior arquétipo, o considerado centro e o regulador da psique, é o *Self*, através de cuja ativação podem ocorrer transformações efetivas na personalidade. O *ego* traz o sentido de realidade e está intimamente ligado ao corpo, ao concreto. É o centro da consciência e congrega sensações corpóreas, carregando o sentido da existência e a noção da sua continuidade. Através do eixo *ego-Self* os conteúdos do inconsciente adentram a consciência, podendo ser integrados ou não. *De um ponto de vista que privilegia o desenvolvimento, um eixo *ego-Self* vigoroso e viável forma-se no indivíduo, em função da qualidade do relacionamento entre a mãe e o bebê, com um equilíbrio entre a união e separação, entre a evolução e a aprovação de habilidades específicas e aceitação do bebê como um todo, entre a exploração do mundo externo e auto-reflexão*¹⁴.

Para Jung, a regressão não tem um caráter apenas negativo, a menos que seja prolongada e improdutiva, mas ele via esse processo como uma etapa necessária para o desenvolvimento da personalidade, insistindo em seus aspectos terapêuticos e intensificadores. Dessa forma, o terapeuta junguiano acompanha o paciente em sua trajetória psicoterápica que visa à constelação do *Self* para que as mudanças ocorram não de fora para dentro, sugeridas por meio de valores e conceitos do profissional ou do meio, mas de dentro para fora, segundo vetores oriundos da subjetividade e singularidade do paciente. *O médico só pode tentar observar e compreender como a natureza procede em suas tentativas de cura e restituição. A experiência já mostrou, há muito tempo, que entre a consciência e o inconsciente existe uma relação de compensação, e que o inconsciente sempre procura complementar a parte consciente da psique, acrescentando-lhe o que falta para a totalidade, e prevenindo perigosas perdas de equilíbrio. No nosso caso, como é de se esperar, o inconsciente gera símbolos compensatórios, que devem substituir as pontes que ruíram, mas só o conseguem de fato, mediante a ajuda da consciência. É que os símbolos gerados pelo inconsciente têm que ser entendidos pela consciência, isto é, têm que ser assimilados e integrados para que se tornem eficazes*¹².

Essa sabedoria inconsciente sediada no *Self* pode ser acessada por meio de meios não verbais predominantemente, mas também sem que se exclua tudo o que possibilita a racionalidade que acompanha o processo verbal. No *sandplay*, as miniaturas que são escolhidas pelo paciente têm uma função simbólica e deve ser compreendida como tal, realizando-se a partir dessas escolhas uma relação dialética entre consciência e inconsciente. O papel do terapeuta é o de dar continência e auxiliar esse processo.

Sabe-se que no hemisfério esquerdo do cérebro está sediada a linguagem verbal em toda a complexidade que o seu funcionamento requer. O hemisfério direito, não dominante em geral, possui o potencial da linguagem espacial, pictórica, emocional, não verbal¹. O ato de manipular a areia, bem como o contato com as miniaturas, a realização de cenas estáticas ou dinâmicas, o envolvimento emocional numa realidade interna, induz o paciente a um processo no qual o hemisfério direito encontra-se grandemente solicitado, e que pode ser chamado de processo lúdico – o brincar.

O conceito de plasticidade nervosa, isto é, a capacidade de recuperação das funções cerebrais, revela que o funcionamento do cérebro enquanto unidades funcionais complexas¹⁵ possibilita a transferência das funções da linguagem verbal do hemisfério esquerdo para o hemisfério direito, desenvolvendo-se dessa forma a capacidade da

fala, neste último, para os pacientes com lesões graves no hemisfério esquerdo, ainda que essa fala se dê de forma agramatical. *Parece razoável admitir que o hemisfério direito participe da linguagem residual dos afásicos quando o comprometimento hemisférico esquerdo é extenso e atinge o conjunto de áreas da linguagem (...). [Os casos onde há] a destruição de zonas clássicas da linguagem sugerem que o hemisfério direito é o responsável pela evolução constatada. (...) A evolução na direção de melhor recuperação das capacidades de compreensão e expressão é compatível com o que sabemos das potencialidades do hemisfério direito.*

Brandão afirma que se privado de estímulos, o homem tem a função da linguagem comprometida, enquanto atribuição do hemisfério esquerdo do cérebro. Esse autor relata o caso de uma menina que desprovida da linguagem verbal desenvolvida, na puberdade passou a desenvolvê-la a partir do hemisfério direito cujas características de linguagem são mais no sentido da compreensão simbólica de uma frase do que propriamente de sua construção gramatical¹.

Estudos realizados no âmbito hospitalar-terapêutico da DMR, mediante testes neuropsicológicos e projetivos, em pacientes hemiplégicos, revelam que lesões graves do cérebro podem ocasionar desagregação da personalidade, com acentuado comprometimento emocional, cognitivo, comportamental e das demais funções neuropsicológicas.

O paciente que sofreu acometimento mórbido cerebral precisa “reaprender” as funções que perdeu, porém, é consenso entre os profissionais das diversas áreas a dificuldade em se realizar avaliações precisas em alguns casos em que a compreensão do paciente pode estar flutuante, ou a sua comunicação deixa de ser eficaz. No contato com alguns deles, verifica-se que acreditam estar falando, ou que podem ser capazes de falar – possivelmente porque o curso do pensamento está presente –, ou pela anosognosia – não percebem suas dificuldades lingüísticas, quando após alguns instantes se dão conta de que só estão pronunciando um repetitivo e monótono som ininteligível – jargões, parafasias, neologismos etc. Essa percepção os leva a uma grande frustração e intensificação da depressão.

Mesmo quando se consegue realizar satisfatoriamente a avaliação neuropsicológica, dos aspectos psicodinâmicos, emocionais, principalmente quando estão desorganizados neurológicamente, fica dificultada a intervenção terapêutica. Podem apresentar quadros que se assemelham, de certa forma, à psicose, devido à desestruturação ou desorganização e fragilização egóica transitória (e em alguns casos, permanente). Vêm-se desorientados no tempo e espaço, a memória falha, portanto

podem perder a noção de identidade; podem estar lábeis, rindo e chorando sem motivo aparente, ou em situações inadequadas; sua forma de comunicar-se pode estar alterada, com verborragia ou falando palavras inexistentes, com trocas fonêmicas, sons distorcidos; os movimentos involuntários que muitas vezes estão presentes podem torná-los ameaçadores, principalmente se os impulsos estão menos controlados devido à ausência da crítica.

Quando inseridos em programa de reabilitação, busca-se uma avaliação global que visa conhecer o paciente em todos os seus aspectos, para posterior tratamento psicológico. Os primeiros meses após o acometimento são aqueles em que as mudanças mais significativas podem ocorrer no sentido de o paciente readquirir funções perdidas, em virtude do potencial natural de recuperação². Se a consciência estiver lúcida, esse pode ser o período mais crítico em termos das desordens emocionais e do sofrimento pelas perdas. No entanto, verifica-se que as dificuldades para se manter contato verbal com o paciente podem muitas vezes motivar uma certa prorrogação para que atendimento psicológico individual se efetue, em função das consideráveis perdas cognitivas e das desordens neurológicas que apresenta, mesmo que familiares ou acompanhantes estejam sendo orientados⁴.

Sandplay e plasticidade cerebral

Quais seriam os benefícios da terapia com jogo de areia enquanto fomentadora do processo natural que se conhece como plasticidade cerebral?

Pelo que foi exposto sobre as características do *sandplay*, acredita-se que esse instrumento pode se somar ao aparato que já vem sendo utilizado no processo reabilitacional do paciente com lesões cerebrais, na área psicológica. E que pode vir a ser um procedimento terapêutico apropriado a esse paciente que se torna portador de deficiências ou incapacidades associadas ou não a distúrbios mentais, que podem levar a graves problemas de desadaptação quer psicológica quer ambiental, em função das mudanças sofridas.

No início do processo, quando o paciente ainda apresenta maiores dificuldades cognitivas e o funcionamento neurológico busca nova organização, verifica-se que ele se encontra regredido emocionalmente, e esse estado pode ser compatível com a necessidade de realizar atividades lúdicas. O contato com a areia e as miniaturas poderá ser uma forma para que se dê a elaboração dos sentimentos conflituosos e uma possibilidade para que ocorra o refortalecimento egóico.

Assim como inúmeros outros, o *sandplay* também se presta como método projetivo, mas

diferentemente do que ocorre via os demais instrumentos, trata-se de uma projeção tridimensional, o que aumenta sua eficácia favorecendo o dinamismo psíquico, além disso dispensa habilidades especiais e também a oralidade, a coordenação motora e motricidade fina.

No *sandplay* a cena é feita individualmente, mas também pode-se pensar numa inovação em que se inclua a participação do membro familiar que se tenha tornado indispensável como auxiliar e intérprete nessa fase aguda da doença em que o paciente se encontra. Nesse caso, a atividade na caixa de areia estaria favorecendo a comunicação de uma dinâmica que se estende à família.

Esse instrumento terapêutico também tem a seu favor o fato de ser bastante atraente, e raramente é rejeitado. Seu uso não deverá prescindir da avaliação neuropsicológica e poderá se dar a partir da fase diagnóstica, para se obter uma compreensão a respeito da dinâmica atual do paciente, inclusive para interpretação das dificuldades cognitivas e emocionais, dos conflitos vivenciados com relação às dificuldades externas, dos medos e expectativas quanto à sua doença e das mudanças que vem percebendo no seu funcionamento.

Considerando-se que seu uso estará se efetuando em instituição, em processo focal, de curta duração, parece conveniente que o diagnóstico seja do tipo interventivo, pois nesse estágio as elaborações podem começar a ser feitas pelo paciente, bem como por seus familiares, quando participantes do processo. Nesse último caso, os benefícios podem ser de grande abrangência, facilitando a emergência de conteúdos, fatos ou sentimentos positivos ou negativos sombreados, que no nível do segredo se tornam sempre um obstáculo para uma interação familiar saudável. Essa interação pode favorecer a participação de forma mais espontânea dos elementos da família que, chamados a construir juntos as cenas na areia, podem despojar-se das defesas racionais que impedem a livre manifestação dos conteúdos psicológicos. Nos casos em que um membro da família adocece, são comuns nos outros membros sentimentos de raiva, culpa, perda, e o relacionamento fica então carregado com o peso sobressalente dos sentimentos não expressos⁴.

Acredita-se que com o *sandplay* se tem um quadro constante do processo do paciente, um diagnóstico permanente, fato esse que faz dele um recurso interessante para ser utilizado em pesquisas por dar um quadro objetivo do desenvolvimento do paciente, como, por exemplo, o surgimento de um complexo psicológico no processo subsidiando o sintoma físico. Dentro da visão psicossomática analítica, acredita-se que no substrato de toda

doença orgânica está presente um complexo ao nível psíquico. O sintoma mostra uma disfunção do organismo como um todo: físico e psíquico. Quando o sintoma passa a ser simbolizado no *sandplay* pode-se entender a dinâmica que está por trás da doença. Mesmo que seja causada por fatores externos, ela se soma ao complexo do paciente. A possibilidade de elaboração desse complexo pode evitar recorrências (outro AVC, por exemplo), pois a causa, ou melhor, a contraparte psíquica da doença está também sendo tratada. Esse processo pode necessitar de longo tempo de trabalho psicoterápico, mas que não sendo possível se completar no período de permanência na instituição, deverá ter continuidade fora dela, ou poderá determinar a prorrogação do programa de reabilitação, dependendo dos ganhos adquiridos pelo paciente. Mas, de qualquer forma, o paciente, estando mobilizado e consciente, poderá decidir sobre a sua continuidade ou não.

É comum verificar-se naqueles que tenham sofrido acometimentos mórbidos no SNC um estado de depressão, em geral endógena. Respeitando-se o aspecto orgânico desse quadro, não se pode ignorar a sua dinâmica psíquica. Como dizia Jung: *A depressão é um represamento de energia psíquica que, quando libertada, pode tomar uma direção mais positiva. A energia fica presa em virtude de um problema neurótico ou psicótico, porém, se liberada, realmente ajuda na superação do problema. Um estado de depressão deveria ser vivenciado tão plenamente quanto possível, de modo que os sentimentos envolvidos possam ser esclarecidos. Tal esclarecimento representa uma conversão de um sentimento vago em uma idéia ou imagem mais precisa. A depressão está ligada à regressão em seus aspectos regenerativos e enriquecedores. Em particular, pode assumir a forma da tranquilidade vazia que precede o trabalho criativo. Em tais circunstâncias, é o novo desenvolvimento que extraiu da consciência a energia, acarretando a depressão*⁵.

Nos casos em que se verificam estados depressivos, pode ocorrer que sejam ocasionados pelo rebaixamento da crítica, levando à labilidade emocional, então o indivíduo chora muito, se entristece facilmente e dificilmente reconhece motivos concretos para seu estado; ou se torna apático, alheio ao meio externo. De qualquer forma, independentemente de haver consciência ou não do sofrimento, ele existe em função da perda, a perda de quem se era antes do acometimento, sendo imprescindível a elaboração do luto para uma posterior aceitação de quem se é atualmente, com as mudanças decorrentes da doença. Sabe-se que o adoecimento requer, para que haja um posterior processo de cura, um forte investimento de energia, e dessa forma o paciente fica mais

introspectivo, mais voltado para si mesmo; seu foco principal de atenção são as questões ligadas à doença, sejam elas as possíveis causas, as seqüelas atuais, que podem ter remissão ou não, e o processo de reabilitação propriamente dito, que exige uma grande carga de dedicação e energia. Os aspectos emocionais do paciente podem estar mobilizados num sentido de oposição à toda essa realidade e necessidades racionalmente reconhecidas. Nesse sentido, o trabalho psicológico pode ajudar o paciente a ajustar esses focos não coincidentes aos quais direciona a energia. O falar durante a terapia é importante; o ouvir – no sentido *da escuta psicológica* – também; com o Sandplay acrescenta-se o fazer. A concretude desse instrumento terapêutico poderia facilitar a assimilação de conceitos e valores que estão sendo grandemente alterados pela nova realidade física, emocional, relacional, e social que se afigura com o dano sofrido, e cuja abstração é bastante difícil para muitos indivíduos.

Uma desorganização acentuada, com falta de discriminação e crítica, com graves alterações percepto-cognitivas e que resulte em distúrbios comportamentais, poderia ser um quadro que inviabiliza, teoricamente, o uso do *sandplay*. Ficam em aberto, entretanto, essas e outras restrições ao seu uso que a prática poderia apontar, confirmar ou negar. A princípio, considera-se que a compreensão ainda que elementar deve estar presente, mas se estiver ausente, ou intermitente, e o paciente desejar manipular a areia, de forma despretenciosa, isso poderia ser-lhe benéfico e talvez apresentar resultados terapêuticos.

Jung fala da consciência como uma instância psíquica que está “ancorada” na matéria, ou seja, presente no corpo, mas cuja natureza não se limita ao corpo, é também espiritual. Essa instância não existe por si só, mas está ligada a outra realidade psíquica mais abrangente, o Inconsciente, da qual o centro ordenador e diretor é o *Self*. O desenvolvimento psicológico teria então, assim como o orgânico, uma estrutura e um processo de desenvolvimento comum a todos os indivíduos, conservando-se em cada um suas idiossincrasias¹⁴.

Questiona-se, portanto, se o processo de regressão à consciência não-verbal, promovido pelo *sandplay*, não estaria já em curso nos pacientes com lesão cerebral na fase aguda, e se não seria esse um momento propício para o início da prática com o referido instrumento. O montante de energia represada no estado depressivo poderia, dessa forma, ser absorvido num processo que visa à reconstrução da personalidade, com o refazimento das estruturas psíquicas abaladas ou alteradas, e com a reestruturação egóica e paralela reorganização neurológica.

A capacidade regenerativa neuronal é limitada mas a plasticidade permite a realização de novas conexões num novo ordenamento neurológico em que as funções possam ser restabelecidas através de novo aprendizado¹⁶. Nesse processo, não se sabe o que ocorre num nível psíquico de maior profundidade em termos da sua integridade. Com base na teoria junguiana pode-se supor que havendo um centro organizador da personalidade, do qual a consciência emerge e com o qual faz conexão através do eixo ego-*Self*, o que está danificado no indivíduo é a parte da consciência cuja sede se encontra principalmente no organismo físico – ou seja, talvez o que se possa designar de contraparte material da consciência – ocasionando, porém, um abalo na psique como um todo. Assim, ainda que o indivíduo não tenha a possibilidade de articular com o meio externo em função de perdas cognitivas ou de linguagem, e não possa demonstrar o quanto pode fazê-lo com relação ao meio interno, supõe-se que a vida anímica desse indivíduo esteja sendo nutrida de alguma forma.

Dora Kalff atribui ao uso do *sandplay* a possibilidade de levar o paciente a alcançar *camadas profundas da sua psique*, alcançando a *consciência lunar*, *pré-verbal*, *matriarcal*, que, diferentemente da *consciência solar*, não é racional nem segue um caminho preciso. Nesse estágio de regressão e intenso acúmulo energético, o *Self* pode então ser *constelado e curar traumas*; *fazer surgir vida nova*; *propiciar a transformação*¹⁷.

Poderia esse caminho ser trilhado pelo paciente hemiplégico, existindo para ele a possibilidade de um refazimento egóico, cujo processo evolutivo seria acompanhado pela reaquisição parcial ou integral de funções neuropsicológicas que dão sustentação e estruturação à consciência como um todo na psique individual?

As possibilidades potenciais do SNC seriam nesse processo ativadas mais prontamente, no sentido que a plasticidade neurológica permite, já que num nível pré-consciente estará sendo intensificada uma vivência que talvez possa propiciar a criação de novas conexões neuronais?

Em se tratando de um processo lúdico, cujo hemisfério não-dominante, não-verbal, não-lógico estará mais atuante, o *sandplay* poderá levar a uma espécie de comutação neurológica, ativando o sistema como um todo e beneficiando assim a reabilitação?

Questiona-se, portanto, se o trabalho terapêutico proposto através do *sandplay* poderia resgatar por meio do acesso a camadas profundas da psique a sua unidade e coesão, propiciando ao paciente as condições de reconstituição dessa personalidade, integrando-se nela as mudanças ocasionadas

inicialmente pela experiência traumática e posteriormente pela experiência terapêutica.

Somente a prática e a pesquisa experimental elucidarão quanto aos benefícios que a psicoterapia com o *sandplay* poderão trazer aos pacientes hemiplégicos. Sua utilização na instituição requer algumas adaptações e estas podem ser realizadas a partir da observação e objetivação do seu uso, local, clientela, e profissionais envolvidos. O bom senso deverá orientar quanto às escolhas e indicações de sua aplicação.

Conclusão

Acredita-se que a existência congrega em si uma extensa multiplicidade de formas e de estados de seres, cada qual com sua função para o momento em que surge. E que por mais que se busquem explicações psicológicas e científicas para certos fenômenos, como as anomalias, deficiências e seqüelas, sempre restará um quê de mistério. Esse mistério reside numa instância inacessível, que pode ser aqui denominada Inconsciente. Para muitas pessoas, esse fator alimenta uma eterna esperança de cura.

Em sua busca pela harmonia, o homem rechaça os obstáculos, como sendo uma negação à perfeição. Desde pequeno é ensinado a descartar os bonecos que perderam braços, cabelos, olhos. A deformidade, a falta de simetria é a expressão da dicotomia Perfeição X Imperfeição; Bem X Mal. Essa visão incompleta do indivíduo portador de deficiência, em que esta é evidenciada em detrimento do indivíduo, faz com que a sociedade tente ignorá-lo, “sombreá-lo”, porque nele estão projetados os seus próprios aspectos deformantes.

Com essa atitude coletiva introjetada, aquele que sofre um acometimento que resulta em deficiência pode vir a confrontar-se com uma série de questionamentos e buscas psicológicas e espirituais que dêem conta dos seus conflitos. O paradoxo que se estabelece diz respeito à perfeição perdida, ao estado de “normalidade” que deixa de existir.

No conceito junguiano da psique, os opostos estão sempre presentes, ainda que um deles possa estar sombreado, sendo assim, a imperfeição guarda numa dimensão desconhecida, oculta, o que lhe falta ou sobra em relação ao que é tido como perfeito.

A consciência fragmentária do homem não suporta a projeção dessa condição de incompletude nos seres e objetos imperfeitos, quebrados, mutilados, e volta-se ou para a sua rejeição ou tentativa de reparação. O primeiro movimento mantém inconsciente a sua condição de fragmento;

o segundo pode emancipar esse aspecto de imperfeição pessoal conferindo-lhe sentido, desenvolvimento, transformação.

O trabalho psicoterápico com pacientes portadores de hemiplegia pode auxiliá-los não só na readaptação pessoal e social mas também na utilização desse momento crítico existencial para dar um salto qualitativo resignificando suas experiências e ampliando a consciência de si e do mundo. Realizado em instituição, esse trabalho tem características específicas e visa à reabilitação global do paciente.

Levantou-se aqui a questão se nesse contexto o *sandplay* pode ser um instrumento adequado no espaço institucional para o atendimento psicológico desse paciente, que muitas vezes tem déficits de comunicação, entre outros. Essa técnica não verbal, projetiva, dispensa habilidades especiais, e também a expressão verbal. Ela está embasada na teoria psicológica junguiana em que se acredita que a psique gera símbolos que podem nortear o caminhar do indivíduo no seu autoconhecimento, em suas opções e na sua evolução.

Referências bibliográficas

1. Brandão ML. Psicofisiologia. São Paulo: Atheneu; 1995.
2. Lianza S. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
3. Ribeiro Sobrinho JB. Hemiplegia: reabilitação. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.
4. Chagas MIO. O paciente hemiplégico e o Sandplay: uma possibilidade de expressão. [monografia do curso de Especialização e Aprimoramento em Psicologia Clínica Hospitalar de Reabilitação da DMR do Hospital das Clínicas da FMUSP] São Paulo; 2001.
5. Paim I. Curso de psicopatologia. 11ª ed. São Paulo: E.P.U.; 1993.
6. Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: S.M.; 1996.
7. Cabral A, Nick E. Dicionário técnico de psicologia. 7ª ed. São Paulo: Cultrix; 1994.
8. Cunningham L. What is sandplay therapy? [citado 1998 set. 26] www.sandplayusa.org/whatis.html
9. Wenrib EL. Imagens do Self: o processo terapêutico na caixa-de-areia. São Paulo: Summus; 1993.
10. Franco A. O psiquismo em areias brasileiras. Jornal Casa do Psicólogo 1999; (14):3.
11. Jung CG. Fundamentos da psicologia analítica. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
12. Jung CG. A prática da psicoterapia. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1991.
13. Ruby P. As faces do humano: estudos de psicologia junguiana e psicossomática. São Paulo: Oficina de Textos; 1998.
14. Samuels A, Shorter B, Plaut F. Dicionário crítico de análise junguiana. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
15. Luria AR. Fundamentos de neuropsicologia. São Paulo: EDUSP; 1981.
16. Annunziato NF. O processo plástico do sistema nervoso. Rev Temas Desenvolv 1994.
17. Kalf M. Twenty points to be considered in the interpretation of a Sandplay. J Sandplay Ther 1993.